

பதிவு மற்றும் சம்மதப் படிவம்

முக்கியம் - தயவு செய்து கீழேயுள்ள அறிவுறுத்தல்களை வாசியுங்கள்

நோயறிவுச் சோதனைக்கான சந்திப்பு வேளைக்கு வரும்போது இந்தப் படிவத்தின் பூர்த்தி செய்யப்பட்ட பிரதி ஒன்றினைக் கொண்டு வருங்கள். பெரிய எழுத்துக்கள் அல்லது ஐப் பாவியுங்கள் மற்றும் கையொப்பமிடுங்கள். தயவுசெய்து ஏற்கனவே நிரப்பப்பட்டுள்ள தகவல்களை சோதித்துப் பார்த்து தேவைக்கேற்ப புதிய தகவல்களைச் சேருங்கள்.

உதாரணத்திற்கு: ஆம் இல்லை

BreastScreen
Victoria

உங்களுடன் தொடர்பு கொண்டு, BreastScreen Victoria என்று எங்களை அடையாளப்படுத்திக்கொண்டு, செய்தி ஒன்றை விடுப்பதற்காகக் கீழே தரப்பட்டுள்ள விபரங்களை நாங்கள் பயன்படுத்தக்கூடும்.

<input type="checkbox"/> திருமதி	<input type="checkbox"/> செல்வி	<input type="checkbox"/> செல்வி	<input type="checkbox"/> மாற்றவை	பிறந்த திகதி	<input type="text"/>
குடும்பப் பெயர்				கைப்பேசி	<input type="text"/>
இட்ட பெயர்				இல்லம்	<input type="text"/>
பிறப்பின் போதான குடும்பப் பெயர்				வேலை	<input type="text"/>
மின்னஞ்சல்	<input type="text"/>				
இல்ல முகவரி	<input type="text"/>				
அஞ்சல் முகவரி	<input type="text"/>				

1. பிறந்த நாடு

2. ஆங்கிலம் தவிர்த்த வேறொரு மொழியை நீங்கள் உங்கள் வீட்டில் பேசுகிறீர்களா? ஆம் இல்லை (இல்லை என்றால், கேள்வி 3-க்குச் செல்லுங்கள்)

'ஆம்' என்றால், நீங்கள் வீட்டில் பேசும் பிரதான மொழி என்ன?

3. நீங்கள் பூர்வ பழங்குடி (ஆபொரிஜினி) அல்லது டோரிஸ் நீர்ச்சந்தித் தீவகத்தவர் மரபினரா? ஆம் இல்லை (இல்லை என்றால், கேள்வி 4-க்குச் செல்லுங்கள்)

'ஆம்' என்றால், நீங்கள் பூர்வ பழங்குடி (ஆபொரிஜினி)யா? டோரிஸ் நீர்ச்சந்தித் தீவகத்தவரா? பூர்வ பழங்குடி மற்றும் டோரிஸ் நீர்ச்சந்தித் தீவகத்தவரா?

4. உங்களுடைய மார்பகப் புற்றுச் சோதனை முடிவுகள் உங்களுக்கு அனுப்பப்படும். உங்களுடைய மருத்துவர்/கள் அல்லது மார்பக சிறப்பு மருத்துவருக்கும் ஒரு பிரதி அனுப்பப்படவேண்டும் என்று நீங்கள் விரும்பினால், அவர்களது விபரங்களைக் கீழே தருங்கள்.

மருத்துவர்	<input type="text"/>	மருத்துவர்	<input type="text"/>
மருந்தகத்தின் பெயர்	<input type="text"/>	மருந்தகத்தின் பெயர்	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
விலாசம்	<input type="text"/>	விலாசம்	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	அஞ்சல் குறியீட்டிலக்கம்	<input type="text"/>	அஞ்சல் குறியீட்டிலக்கம்
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
தொலைபேசி இலக்கம்	<input type="text"/>	தொலைபேசி இலக்கம்	<input type="text"/>

கர்ப்பிணியாக இருக்கும் பெண்களுக்கு, அல்லது தாய்ப்பால் ஊட்டிக்கொண்டிருக்கும் பெண்களுக்கு BreastScreen Victoria மார்பகப் புற்றுச் சோதனைகளை அளிப்பதில்லை. மார்பகப் புற்றுச் சோதனையை மேற்கொள்வதற்கு, தாய்ப்பால் ஊட்டுவதை நிறுத்தியதிலிருந்து மூன்று மாதங்கள் வரைக்கும் நீங்கள் காத்திருக்க வேண்டும் என்று நாங்கள் சிபார்சு செய்கிறோம்.

5. நீங்கள் கர்ப்பிணியாக இருக்கிறீர்களா, அல்லது அப்படி இருக்கக்கூடுமா? ஆம் இல்லை

6. நீங்கள் தாய்ப்பால் ஊட்டிக்கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை

7. நீங்கள் தற்போது 'இயக்கநீர் மாற்று சிகிச்சை' (Hormone Replacement Therapy (HRT))-யை மேற்கொண்டு வருகிறீர்களா? ஆம் இல்லை

(இல்லை என்றால், கேள்வி 8-க்குச் செல்லுங்கள்)

'ஆம்' என்றால், உங்களுடைய கடைசி மார்பகப் புற்றுச் சோதனைக்குப் பிறகு நீங்கள் HRT -யைப் பாவிக்கத் துவங்கினீர்களா? ஆம் இல்லை

8. உங்களுடைய கடைசி மார்பகப் புற்றுச் சோதனையானது BreastScreen Victoria திட்டத்திற்கு அப்பாற்பட்டு செய்யப்பட்டதா? ஆம் இல்லை

'ஆம்' என்றால், சோதனை செய்யப்பட்ட இடம் மற்றும் திகதி (இல்லை என்றால், கேள்வி 9-க்குச் செல்லுங்கள்)

(மாதம் மற்றும் வருடம்) ஆகியவற்றைக் குறிப்பிடுங்கள், தோராய மதிப்பீடு போதுமானது.

இடம்

திகதி

9. உங்களுடைய குடும்ப உறுப்பினர்களில் (இரத்த உறவுகள்) எவருக்காவது மார்பகப் புற்று இருப்பதாக எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டுள்ளதா
இவற்றை மட்டும் உள்ளடக்குங்கள்: தாய், தகப்பன், சகோதரி, சகோதரன், மகள், மகன், அத்தை, மாமன், சித்தப்பா, பெரியப்பா, அரை-சகோதரி, அரை-சகோதரன், பாட்டியார், பாட்டனார், உடன் பிறந்தோரின் மகள் அல்லது உடன் பிறந்தோரின் மகன்.

ஆம் இல்லை தெரியாது 'ஆம்' என்றால், பின்வரும் அட்டவணையைப் பூர்த்தி செய்யுங்கள்:

குடும்ப அங்கத்தவர் (உதாரணத்திற்கு: தாய் வழி)	புற்றுநோய் கண்டுபிடிக்கப்பட்டபோது இருந்த வயது (உறுதியாய்த் தெரியவில்லையெனில், தோராயமாகச் சொல்லுங்கள்)	புற்றுநோய் எங்கு இருப்பதாகக் கண்டுபிடிக்கப்பட்டது			குடும்பத்தின் கிளைவழி	
		ஒரு மார்பகத்தில்	இரு மார்பகங்களிலும்	தெரியாது	தாய் வழியில்	தகப்பன் வழியில்
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

கேள்விகள் 10 மற்றும் 11 கருக்கொடிப் புற்று (ovarian cancer) நோயைப் பற்றியவை; அடிவயிற்றுப் புற்று, கருவாய்ப் புற்று அல்லது கர்ப்பப் பைப் புற்று ஆகியவற்றைப் பற்றியவை அல்ல.

10. உங்களுடைய இரத்த உறவுகளில் யாருக்காவது கருக்கொடிப் புற்று இருப்பது எப்போதாவது கண்டறியப்பட்டிருக்கிறதா?

ஆம் இல்லை தெரியாது

இவற்றை மட்டும் உள்ளடக்குங்கள்: தாய், சகோதரி, மகள், அத்தை, அரை-சகோதரி, பாட்டியார், உடன் பிறந்தோரின் மகள்.

'ஆம்' என்றால், பின்வரும் அட்டவணையைப் பூர்த்தி செய்யுங்கள்:

குடும்ப அங்கத்தவர்	தாய் வழியில்	தகப்பன் வழியில்
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. கடந்த காலத்தில், உங்களுக்கு எப்போதாவது கருக்கொடிப் புற்று இருந்திருக்கிறதா?

ஆம் இல்லை

12. கடந்த காலத்தில், உங்களுக்கு எப்போதாவது மார்பகப் புற்று அல்லது DCIS (பரவாத மார்பக நாள்ப் புற்று (முன் புற்று)) இருந்திருக்கிறதா?

ஆம் இல்லை

(இல்லை என்றால், கேள்வி 13-க்குச் செல்லுங்கள்) 'ஆம்' என்றால், உங்களுடைய மார்பகத்திற்குப் பின் வரும் சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டதா?

எந்த மார்பகம் / மார்பகங்கள்?

மார்பகம் நீக்கா அறுவை சிகிச்சை (கட்டியை அகற்றல்)

மார்பக அகற்றம்

இதர சிகிச்சை என்ன என்று குறிப்பிடுங்கள்

உங்களுக்குப் புற்று இருப்பது எந்த ஆண்டு கண்டறியப்பட்டது?

Y Y Y Y

13. இதற்கு முன்பு எந்த மார்பகத்திலாவது உங்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டிருக்கிறதா

(மார்பகப் பதியங்கள் நீங்கலாக)? ஆம் இல்லை வலப்பக்கம் இடப்பக்கம் 'ஆம்' என்றால்,

Y Y Y Y

கடந்த இரண்டு ஆண்டுகளில் இரண்டு ஆண்டுகளுக்கு மேற்பட்ட காலத்திற்கு முன்பாக

இரண்டு ஆண்டுகளுக்கு மேற்பட்ட காலம் என்றால், தோராயமாக எந்த ஆண்டு?

BreastScreen என்பது மார்பக அறிகுறிகள் எதுவும் இல்லாத பெண்களுக்கான திட்டமாகும்.

உங்களுக்கு அறிகுறிகள் ஏதுமிருந்தால், BreastScreen சோதனைக்கு வரும் முன்பாக உங்களுடைய மருத்துவரைப் பாருங்கள்.

14. நீங்கள் தொட்டுப் பார்த்து உணரக்கூடிய மார்பகக் கட்டி(கள்) ஏதும் இப்போது உங்களுக்கு இருக்கிறதா?

ஆம் இல்லை

(இல்லை என்றால், கேள்வி 15-க்குச் செல்லுங்கள்)

'ஆம்' என்றால், எந்த மார்பகத்தில் கட்டி இருக்கிறது?

இந்தக் கட்டி 12 மாதங்களுக்கும் மேலாக இருக்கிறதா?

இந்தக் கட்டியை மருத்துவர் பரிசோதித்திருக்கிறாரா?

வலப்பக்கம் இடப்பக்கம்

ஆம் இல்லை

ஆம் இல்லை

15. இரத்தம் தோய்ந்த, அல்லது நீர் கலந்த மார்பகக் காம்புக் கசிவு உங்களுக்கு இப்போது இருக்கிறதா?

ஆம் இல்லை

(இல்லை என்றால், கேள்வி 16-க்குச் செல்லுங்கள்)

'ஆம்' என்றால், மார்பகக் காம்புக் கசிவானது இரத்தம் தோய்ந்ததாய் இருக்கிறதா

அல்லது தெளிவாக / நீர் கலந்ததாக இருக்கிறதா?

எந்த மார்பகக் காம்பில் கசிவு இருக்கிறது?

மார்பகக் காம்புக் கசிவு 12 மாதங்களுக்கும் மேலாக இருக்கிறதா?

இந்த மார்பகக் காம்புக் கசிவினை மருத்துவர் பரிசோதித்திருக்கிறாரா?

இரத்தம் தோய்ந்ததாக தெளிவாக / நீர் கலந்ததாக

வலப்பக்கம் இடப்பக்கம்

ஆம் இல்லை

ஆம் இல்லை

16. உங்களுக்கு வேறெந்த மார்பக அறிகுறிகளாவது இப்போது இருக்கின்றனவா?

ஆம் இல்லை வலப்பக்கம் இடப்பக்கம்

(இல்லை என்றால், கேள்வி 17-க்குச் செல்லுங்கள்)

'ஆம்' என்றால், என்ன என்று குறிப்பிட்டுச் சொல்லுங்கள்

17. BreastScreen Victoria தகவல் ஏட்டில் சொல்லப்பட்டுள்ளவாறு, ஒப்பிட்டுப் பார்த்தல் மற்றும் உங்களுடைய கவனிப்பு ஆகிய நோக்கங்களுக்காக உங்களுடைய

மார்பகத்தின் படங்களையும், இத்தோடு சம்பந்தப்பட்ட கோப்புகளையும்

BreastScreen Victoria சேவையினர் பெறுவதற்கு அல்லது பகிர்ந்துகொள்வதற்கு நீங்கள் சம்மதிக்கிறீர்களா?

ஆம் இல்லை

கீழே கையொப்பமிடுவதன் மூலம் BreastScreen Victoria தகவல் ஏட்டினை நான் வாசித்துப் பார்த்துவிட்டேன் மற்றும் அதை விளங்கிக்கொண்டேன் என்பதை நான் ஏற்றுக் கொள்கிறேன். இப் படிவத்தில் தரப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்று ஏற்றுக்கொள்கிறேன். BreastScreen (மார்பகப் புற்றுச் சோதனை) திட்டத்தில் பங்கேற்க நான் சம்மதிக்கிறேன். என்னால் இது பற்றிக் கேள்விகள் கேட்க இயலும் மற்றும் மார்பகக் கதிர்வீச்சுப் பட்ட சோதனையை எந்த நேரத்திலும் நிறுத்திக்கொள்ள இயலும் என்பதை நான் அறிவேன்.

கையொப்பம் திகதி
D D M M Y Y Y Y

பெயர்